



وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی تهران

تاریخ گزارش: منبع گزارش دهنده:

نام بیمارستان گزارش دهنده: بیمارستان طبی کودکان

فرم بررسی اپیدمیولوژیک موارد مننژیت

۱- مشخصات بیمار:

نام و نام خانوادگی: نام پدر: جنس: سن: شغل:

وضعیت تاهل: ملیت:

۲- آدرس:

استان: شهرستان: خیابان: کوچه: پلاک: تلفن:

۳- وضعیت بستری:

شماره پرونده: تاریخ بستری: تاریخ شروع بیماری: تاریخ داروهای تجویز شده:

۴- شکایات و علائم بیماری:

تب: بله خیر علائم عصبی: بله خیر تشنج: بله خیر فونتال برجسته: بله خیر
سردرد: بله خیر تهوع و استفراغ: بله خیر بشورات جلدی: بله خیر سفتی گردن: بله خیر

۵- اطلاعات آزمایشگاهی:

تاریخ انجام آزمایش LP: ۹۱/۴/۱۳

الف- آزمایش LP (مایع نخاع):

۱- فشار مایع نخاع: الف- بالا طبیعی ظاهر مایع نخاع: الف- شفاف تیره ب- مساوی عدد دسلول:۱۳....

۴- درصد پلی مورفونوکلئار عدد لنفوسیت ۶- مقدار پروتئین مقدار قند ۸- رنگ گرم

۹- لاتکس ۱۰- کشت نتیجه کشت: الف- مثبت ب- منفی

ب- آزمایش خون:

C.B.C: مقدار Hb عدد پلی مورفونوکلئار عدد لنفوسیت رنگ آمیزی گرم

مقدار قند مقدماتی

۶- سوابق واکسیناسیون مننژیت:

آیا واکسیناسیون انجام شده: بله خیر بر اساس کارت شفاهی نوع واکسن:

۷- رادیوگرافی:

طبیعی غیر طبیعی سینوسهای بارانازال: طبیعی غیر طبیعی

۸- سوابق بیمار:

بله <input type="checkbox"/>	خیر <input type="checkbox"/>	بله <input type="checkbox"/>	خیر <input type="checkbox"/>	بله <input type="checkbox"/>	خیر <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	پنومونی <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	اندوکار دیت <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	عمل جراحی روی سر <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ضربه به سر <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	سابقه مسافرت <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	برداشتن طحال <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

۹- نوع مننژیت:

باکتریال: مننگوکوک پنوموکوک ووفیلوس انفلوانزا موارد باکتریال و ۷

۱۰- الف- درمان آنتی بیوتیکی انجام شده بعد از انجام L.P.

ب- درمان آنتی بیوتیک قبل از انجام شدن LP

۱- سفتریاکسون ۲- سفوناکسیم ۳- آمیکاسین ۴- آمپی سیلین ۵- سفنازیدیم ۶- سفتری زوکسیم
۷- کلرامفنیکل ۸- پنی سیلین ۹- وانکومایسین ۱۰- جنتامایسین ۱۱- ریفاپین ۱۲- ایمی پنم ۱۳- سایر
۱۱- عوارض بیماری:

اختلال عصب مغزی با ذکر شماره عصب.... کری: دائم موقت علائم عصبی موضعی دارد بلی خیر

پریکار دیت چرکی: بلی خیر ادم مغزی: بلی خیر هیدرو سفالی: بلی خیر

آبسه مغزی: بلی خیر و نتریکولیت: بلی خیر سایر عوارض: بلی خیر

۱۲- افرادی که با بیمار تماس داشتند:

نام: تاریخ تماس: محل تماس:

۱۳- آیا بیمار دیگری در خانواده وجود دارد:

نام: جنس: سن: اقدامات انجام شده:

۱۴- اقدامات انجام شده برای افراد در معرض تماس:

نام: جنس: سن: اقدامات انجام شده:

۱۵- نتیجه درمان:

در حال درمان ۷ بهبود فوت تاریخ فوت:

۱۶- نام بررسی کننده: سمت: محل کار: تاریخ: امضاء:

مهر پزشک مرکز درمانی: